UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 9

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LYMPHANGIOMES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Mars 1911

PAR

Mlle Vera PLESCATCHEVSKY

Née le 23 décembre 1883, à Smolensk (Russie)

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse : FORGUE, Professeur, *Président.* — BOSC, Professeur — MASSABUAU, Agrégé — EUZIÈRE, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LYMPHANGIOMES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 9

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LYMPHANGIOMES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Mars 1911

PAR

Mlle Vera PLESCATCHEVSKY

Née le 23 décembre 1883, à Smolensk (Russie)

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse : FORGUE, Professeur, *Président.* — BOSC, Professeur — MASSABUAU, Agrégé — EUZIÈRE, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. libre, ch. de c.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *président.*	MM. MASSABUAU, *agrégé.*
BOSC, *professeur.*	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

A MA TANTE

V. PLESCATCHEVSKY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOSC

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES MAITRES

DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

V. PLESCATCHEVSKY.

Au moment de quitter l'Université de Montpellier, qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui ont contribué à notre instruction médicale et qui ont bien voulu s'intéresser à nous. Nous sommes heureuse de leur exprimer ici l'assurance de notre entier dévouement. Envers certains d'entre eux nous avons contracté une dette de reconnaissance particulière.

Nous remercions M. le professeur Forgue pour tous les soins qu'il nous a donnés et nous garderons de lui un souvenir plein de la plus profonde sympathie et de la plus vive reconnaissance. Nous le remercions pour tous les renseignements qu'il a bien voulu nous donner au sujet de notre travail, et sommes toute heureuse de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le docteur Bosc, professeur d'anatomie pathologique, reçoive nos plus sincères remerciements pour la bienveiltance qu'il nous a témoignée et pour l'examen histologique qu'il a bien voulu faire pour nous.

Nous devons à M. le professeur Estor les cinq observations intéressantes de notre thèse. Qu'il veuille bien

accepter notre vive reconnaissance et l'hommage de notre respectueuse sympathie.

Que MM. les professeurs agrégés Massabuau et Euzière, qui ont bien voulu faire partie de notre jury, reçoivent notre reconnaissance.

M. le docteur Desmonts, chef des travaux de médecine opératoire, nous a aidé beaucoup dans la rédaction de notre thèse. Qu'il reçoive notre hommage affectueux et l'expression de notre sincère reconnaissance.

Nous remercions aussi notre amie, Mlle Lesnitzky, licenciée en droit, qui nous a aidée dans les traductions allemandes pour notre travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LYMPHANGIOMES

INTRODUCTION

En mai dernier nous eûmes l'occasion de faire examiner par M. le professeur Forgue un cas de lymphangiome diffus des membres inférieurs. C'est l'observation de cette malade suivie d'un examen histologique détaillé pratiqué par M. le professeur Bosc, qui est la base de ce travail. La question des lymphangiomes est encore bien obscure, non point parce que les chirurgiens et les anatomo-pathologues s'en désintéressent, mais parce qu'il s'agit là d'une affection rare. Les cas de lymphangiomes qui ont été publiés sont peu nombreux, leur examen histologique est souvent incomplet, aussi ont-ils donné naissance à peu de travaux. Diverses classifications ont été proposées. Une s'impose, celle de Nepveu, qui divise les lymphangiomes en radiculaires et en ganglionnaires. Ces derniers, qui sont des adéno-lymphangiomes, ont été bien étudiés par Nepveu, Mazaé Azéma, Desertes

et surtout par Anger dans sa thèse sur les adéno-lymphocèles. Nous n'en parlerons pas dans ce travail, étudiant exclusivement les hypertrophies, dilatations et néoformations des vaisseaux lymphatiques. Notre étude porte sur des lésions variqueuses et néoplasiques des vaisseaux lymphatiques. Variqueuses et néoplasiques, c'est-à-dire qu'à côté de la dilatation des vaisseaux lymphatiques il y a des néoformations de vaisseaux; non seulement les vaisseaux sont variqueux, mais ils sont considérablement augmentés en nombre; ainsi nous rejetons les varices lymphatiques des pays chauds dues à l'obstruction des canaux pour la filaire de Wacherer.

Le sujet de notre thèse ainsi délimité, après quelques mots d'historique, nous étudions successivement l'anatomie pathologique, les symptômes, diagnostic et traitement. L'observation inédite de M. le professeur Forgue, l'examen histologique de M. le professeur Bosc, cinq observations, inédites elles aussi, dues à l'obligeance de M. le professeur Estor, nous permettent de présenter des conclusions.

Nous n'avons pas réservé de passage spécial à la pathogénie qui est encore à peu près inconnue. Dans quelques cas seulement on a pu incriminer la compression des lymphatiques ou leur libération, ou encore on a pu faire jouer un rôle à des cicatrices dans l'apparition des lymphangiomes.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Pendant longtemps les lymphangiomes, étudiés sous divers noms, ont été confondus avec les varices lymphatiques. Meckel, en 1818, parle de petites tumeurs hydatiques, formées par des dilatations des vaisseaux lymphatiques. Successivement Demarquay, Friedrich, Carswell, Velpeau ont cité des cas de varices lymphatiques. Binet dans sa thèse inaugurale présente une étude des varices lymphatiques qu'il divise en varices radiculaires et tronculaires. Anger fait une étude des tumeurs érectiles lymphatiques, désignées par lui sous le nom d'adéno-lymphocèles en 1867. A partir de cette date les tumeurs lymphatiques à proprement parler attirent l'attention de nombreux auteurs. Peu de temps après le mémoire de Georgjevick sur la lymphorrhée et le lymphangiome, Nepveu donne la classification d'ensemble de ces tumeurs, que voici. Dans un premier groupe il

étudie les lymphangiomes radiculaires, qui sont congénitaux ou chez les adultes, kystiques ou caverneux, tandis que dans deux autres groupes il place les lymphangiomes ganglionnaires et ceux qui sont mixtes.

Wegner, en 1877, donne une classification des lymphangiomes, basée sur leur anatomie pathologique : selon les cas, un lymphangiome est considéré par lui comme simple, kystique ou caverneux.

A côté de cette division anatomique, Péan en a donné une purement clinique, en lymphangiomes dermiques, sous-dermiques, ganglionnaires, et varices des vaisseaux. Chipault fait un grand nombre de groupements, suivant que ce sont les ganglions, les troncs ou les réseaux qui sont atteints ; à propos des lymphangiomes radiculaires, il les divise en dermiques et profonds; ces derniers pourront être de forme diffuse ou de forme localisée.

A côté de ces travaux qui ont surtout contribué à délimiter ce qu'il fallait entendre par lymphangiome et à en donner le cadre clinique et la classification, d'autres mémoires ont été faits portant sur leur anatomie pathologique et chercheront à donner leur explication pathogénique.

Wegner publie un grand nombre d'observations en insistant surtout sur l'examen microscopique des tumeurs. Cornil et Ranvier, dans leur Traité d'anatomie pathologique, parlent des lymphangiomes, mais y insistent peu. Nous devons signaler encore les mémoires de Middeldorf, de Ziegler, de Müller, de Kothe et de Sick.

Malgré ces travaux qui ont mis en lumière la nature des lymphangiomes, leur pathogénie reste très obscure. A l'heure actuelle, l'anatomie pathologique de ces tumeurs est assez bien connue. On sait aussi qu'elles évoluent très lentement, mais on ignore leur cause.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le premier point intéressant à fixer est le siège de prédilection de ces tumeurs ; on en trouve partout. Les observations de lymphangiomes de la langue sont les plus fréquentes, donnant lieu à la macroglossie. Nous devons signaler aussi les lymphangiomes du cou, des lèvres, du prépuce comme relativement fréquents. Enfin le tronc, le sein, l'aine, les bras et les cuisses ont pu présenter des dilatations de lymphatiques accompagnées souvent de néoformations. A côté de ces lymphangiomes superficiels cutanés ou sous-cutanés, des observations en relatent siégeant profondément au niveau des organes : lymphangiomes des poumons, du rein, de la vessie, etc.

Ces tumeurs se présentent sous des types principaux : tantôt elles sont circonscrites, limitées à une région comme c'est le cas dans la macroglossie ; tantôt, au con-

traire, comme dans l'observation que nous publions, la lésion est diffuse, dispersée sur une grande étendue.

La tumeur peut être d'une coloration blanche ou rouge violacée. Dans ce dernier cas, les cavités formées par les dilatations des capillaires lymphatiques contiennent un mélange de lymphe et de sang. Ces tumeurs sont molles et pâteuses.

Leur étude histologique a été faite par Thilesen, Rindfleish, Virchow, Wegner, Kleb, Middeldorf, Kothe, Ziegler, etc. Avec Wegner, nous diviserons les lymphangiomes en simples, caverneux et kystiques.

1° *Lymphangiomes simples.* — Ici, les vaisseaux lymphatiques sont dilatés, déformés, ampullaires par endroits, mais ils ont gardé leur individualité. A l'incision, on remarque que le tissu qui est blanchâtre a l'aspect d'une fine éponge, surtout au milieu de la langue dans le cas de macroglossie.

Les coupes, examinées à un faible grossissement, nous montrent les travées conjonctives du derme, s'entrecroisant sous des angles divers. Entre ces travées, nous voyons des fentes, des espaces de forme variable, le plus souvent losangique, espaces qui représentent les capillaires lymphatiques dilatés.

A un fort grossissement, nous voyons ces mêmes travées conjonctives œdématiées, séparées les unes des autres. Les espaces lymphatiques sont tapissés par un endothélium, dont les cellules ayant proliféré sont par endroits disposées en double rangée. Cependant nous ne voyons pas de cellules arrondies, à gros noyaux; toutes présentent des caractères de cellules endothéliales adultes. Il y a néoformation des vaisseaux s'insinuant entre les fibres conjonctives et les fibres musculaires du derme.

Nous voyons de petites fentes, tapissées d'endothélium, siéger dans toute l'épaisseur du derme et envahir même la sous-muqueuse et les papilles.

Primitivement, d'après Wegner, il y a eu dilatation des vaisseaux lymphatiques existants, puis ces vaisseaux dilatés ont donné des prolongements (néovaisseaux) envahissant les tissus avoisinants, entourant et étranglant les faisceaux conjonctifs qui vont dégénérer et disparaître. Dans la macroglossie ils vont s'enfoncer comme des vrilles entre les fibres musculaires de la langue. Dans les lymphangiomes cutanés, les vaisseaux lymphatiques néoformés contourneront les glandes, les vaisseaux sanguins. Par leur extension ils détruiront l'enveloppe conjonctive des capillaires sanguins, qui pourront se rompre et entraîner ainsi la présence du sang dans les dilatations variqueuses lymphatiques. On verra alors au microscope, dans les espaces lymphatiques, non seulement des globules blancs, mais aussi des hématies.

2° *Lymphangiomes caverneux.* — A la section, l'aspect de la tumeur diffère de celui des lymphangiomes simples. Ce sont de vastes cavernes que l'on aperçoit, des cavités nombreuses, communiquant largement entre elles. Ici les vaisseaux lymphatiques n'ont plus leur individualité. Il est impossible de les reconnaître tellement ils sont déformés. Les cavernes multiloculaires qui sont le résultat de la fusion de ces vaisseaux entre eux ne rappellent en rien la disposition normale.

Vus au microscope et à un faible grossissement, les lymphangiomes caverneux montrent de grandes cavités à contours très irréguliers, arrondis parfois, plus souvent angulaires à cause de pression réciproque. Entre ces

espaces lymphatiques on voit des fibres du tissu conjonctif très grêles, très peu nombreuses, qui envoient par endroits des prolongements en forme de pointes à l'intérieur des cavités. Ces prolongements peuvent être très fins, arriver jusqu'au milieu d'une cavité ou parfois la traverser complètement. Ce sont les vestiges d'une cloison qui se fond et disparaît.

Mais ces cavités ne sont pas vides. Vues à l'œil nu les coupes nous montrent un réticulum à mailles irrégulières. Dans les espaces de ce réticulum apparaissent des granulations de couleur variable, jaunes, grises, brunes. Suivant le cas elles sont rapprochées les unes des autres et on peut les enlever avec une grande facilité.

Vues en fort grossissement ces tumeurs montrent les espaces lymphatiques, tapissés par un endothélium, du moins généralement. Les cloisons qui séparent les cavités entre elles sont constituées par une double paroi de cellules plates endothéliales. Entre elles il peut y avoir un fin réseau conjonctif, des fibres conjonctives, mais pas de tissu fibreux à proprement parler. C'est qu'en effet généralement les lymphangiomes caverneux ne sont pas dermiques, ils sont sous-cutanés. Au-dessus d'eux la peau est intacte, présentant des glandes normales et des nerfs qui ne sont pas atteints.

Par endroits il n'y a pas de tissu conjonctif dans les cloisons. Le fort grossissement nous montre les parois endothéliales immédiatement adossées l'une contre l'autre.

Le type caverneux doit être considéré comme un mode de transformation de lymphangiome simple. Les capillaires dilatés en ampoule dans la forme simple constituent une série de cavités s'appliquant les unes contre les autres et communiquant entre elles par amincisse-

ment progressif et destruction des cloisons de séparation. Les fines bandelettes, signalées plus haut, qui se présentent comme constituées par une double rangée de cellules endothéliales et sont tendues comme des cordes dans les cavités, ne sont autre chose que des segments de cloisons en voie de disparition. Parfois, plusieurs cavités qui entourent un mince vaisseau sanguin vont fusionner et constituer ainsi une vaste caverne traversée par un vaisseau. Les parois de ce vaisseau vont s'amincir ; un moment viendra où par suite de sa rupture une hémorragie va se produire dans la caverne, transformant ainsi la tumeur en hémolymphangiome. Nous employons ce terme quoique inexact. En effet les vaisseaux sanguins ne participent pas dans la néoformation, mais l'hémorragie a entraîné la présence de sang dans les cavernes du lymphangiome. Un terme plus exact serait celui de lymphangiome hémorragique.

3° *Lymphangiome kystique.* —A bien des points de vue le lymphangiome kystique rappelle la forme caverneuse. La différence nous paraît surtout macroscopiquement. La tumeur présente un caractère nettement mono ou polykystique. La paroi interne des cavités qui composent ces tumeurs a un aspect réticulé et aréolaire. Souvent elle nous présente des orifices arrondis ou ovalaires qui conduisent d'un kyste dans l'autre. Le contenu des loges est une sérosité claire, parfois sanguinolente, pouvant même être purulente. Dans une même tumeur le contenu varie d'une cavité dans l'autre. Cette sérosité est pauvre en éléments figurés ; c'est un liquide albumineux, à réaction alcaline, renfermant divers sels principalement. Dans une observation de Kothe, en outre d'un liquide séro-sanguinolent, le kyste contenait de petites

masses dures. Ces espèces de pierres étaient de volume variable ; les plus grosses avaient les dimensions d'un noyau de cerise. Elles étaient constituées par des substances organiques et avaient une coloration allant du gris fauve au rouge foncé.

Les parois du kyste sont très minces et lorsqu'on peut enlever un d'entre eux sans en déchirer les poches on voit par transparence quel est son contenu. Cela a permis de comparer les lymphangiomes kystiques à de petites grappes de raisin dont les grains seraient intimement soudés les uns aux autres.

Dans certains cas les cavités sont remplies par des thrombus qui peuvent présenter des pigmentations brunâtres.

Les parois qui séparent entre elles les loges d'un kyste présentent de nombreux petits vaisseaux. Au point d'intersection des cloisons sont placées de petites masses de tissu conjonctif, souvent des lobules graisseux, des fibres musculaires. Il est même arrivé de rencontrer des nodules cartilagineux ou encore des fragments d'organe tels que des lobules de glandes salivaires, suivant le siège de la tumeur et les tissus au milieu desquels elle s'est développée.

Examinés à un fort grossissement les lymphangiomes nous montrent un réticulum de tissu conjonctif à grandes mailles, qui constitue la charpente de la tumeur. Cette paroi conjonctive est tapissée par un endothélium à cellules plus ou moins aplaties et à contours irréguliers. Dans les cloisons nous voyons les sections rondes ou ovalaires de petits vaisseaux sanguins dilatés.

Autour du kyste il n'est pas rare d'apercevoir de nombreux vaisseaux lymphatiques très dilatés pouvant ou non communiquer avec les kystes.

Cette forme de lymphangiome provient de la transformation du type caverneux, dont les cavités se sont aggrandies par accroissement et par fusion. Aussi trouvons-nous des formes intermédiaires — lymphangiomes cavernoso-polykystiques.

Un type un peu spécial est présenté par les tumeurs sous-aponévrotiques. Hawkins a observé un enfant de 11 semaines mort de suffocation. L'autopsie montra des centaines de kystes agglomérés enveloppant les carotides, les jugulaires et les pneumogastriques, et s'insinuant derrière le pharynx et l'œsophage depuis l'apophyse basilaire jusqu'à la sixième vertèbre cervicale.

La macroglossie ne présente rien de particulier ; dans certaines cas (observations V et VI de Wegner) il s'agit de lymphangiomes simples. D'autres fois on trouve des formes caverneuses ou kystiques. Il en est de même pour la macromélie et la macrochélie.

Le cas de Ranke est relatif à un gros kyste de la joue ; Weber décrit deux lymphangiomes caverneux.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Symptomatologie

Les observations de lymphangiomes sont peu nombreuses. Sur 39 cas relevés par Chipault des lymphangiomes cutanés, 18 fois l'affection siégeait au membre inférieur, principalement la cuisse, 12 fois aux organes génitaux, 7 fois aux divers points : paroi abdominale, aisselle, etc. Dans deux cas la lésion était généralisée.

Les lymphangiomes cutanés ont un aspect clinique variable. Ils montrent des vésicules plus ou moins volumineuses, nombreuses, agglomérées de façon à former une masse centrale autour de laquelle sont placées quelques vésicules disséminées.

Quand la tumeur est dermique, les vésicules sont roses pâles, roussâtres, blanches ou encore transparentes. Légèrement en saillie, elles ont les dimensions d'une lentille à une amande dans les lymphangiomes simples. Dans la forme kystique, elles peuvent devenir énormes et atteindre le volume d'une pomme. Par la compression digitale, on les vide facilement, mais elles se remplissent dès que la compression cesse. Quand elles sont vides, l'épiderme est finement ridé à leur surface; elles présentent une dépression en godet. Leur volume est ordinairement influencé par la position du malade. Lorsqu'elles siègent aux membres inférieurs, aux organes génitaux, elles augmentent par la station debout, la fatigue, la compression du membre au-dessus d'elles.

Prenons un cas de lymphangiome des membres inférieurs et faisons coucher le malade. Ensuite, prenant ses pieds, nous les soulevons jusqu'à ce que le membre inférieur fasse un angle droit avec le tronc. Cette position rappelle celle que l'on fait prendre au malade lorsqu'on recherche le signe de Lasègue dans le sciatique ou encore quand on veut étudier la réaction hyperémique de Maskovitz. Dans cette position, les vésicules diminuent de volume lentement et progressivement. Mais cela n'est pas absolu, et dans certains cas, comme le montre l'observation que nous publions, la position du sujet ne modifie pas le volume des vésicules.

D'ailleurs, l'anatomie pathologique nous montre que les dilatations et les cavernes des vaisseaux lymphatiques peuvent s'isoler ; dès lors, il ne saurait y avoir dans ces cas-là un rapport entre le volume et la situation du sujet.

L'évolution est lente, progressivement les vésicules augmentent avec parfois des temps d'arrêt.

Cette allure clinique va être modifiée par des complications inflammatoires et trophiques. Il peut se déclarer à leur niveau des lymphangites. Wegner en cite un cas.

Les complications les plus fréquentes sont d'ordre trophique (modification des ongles, atrophie des poils, ulcérations, dermite). Lange signale un cas où l'on voyait une plaque de dermite à la surface de laquelle la loupe permettait de distinguer de petites vésicules.

Nous devons signaler aussi les associations du lymphangiome avec d'autres ectasies. Kobner a vu un cas dans lequel le lymphangiome était accompagné d'angiome et de neurome.

A la suite d'un traumatisme la vésicule peut se percer et ainsi apparaîtra une complication si fréquente, qui est presque un symptôme : la lymphorragie.

Quand le lymphangiome est profond il entraîne seulement une augmentation de volume du membre sans modification cutanée. Généralement il est accompagné de lymphangiome dermique, qui permet de le diagnostiquer.

Tel est le cas dans les observations de Marquès et de Fischer. Si la lésion est circonscrite nous avons de véritables tumeurs de volume variable.

Nous ne ferons que signaler la macromélie et la macrochélie. La macroglossie lymphangiomateuse entraîne à son début des troubles de succion et de déglutition, puis la bouche est trop petite pour contenir la langue ; celle-ci sort à travers les lèvres, pendante, énorme, noire, hérissée de papilles. Et si l'intervention ne vient pas délivrer le malade, nous verrons se creuser un sillon entre les parties extra-buccale et intra-buccale, dû à la présence des dents.

Diagnostic

L'aspect des vésicules, qu'elles soient isolées ou confluentes, nous conduira de suite à diagnostiquer leur nature lymphatique. Le seul diagnostic difficile à faire est entre le lymphangiome et les varices lymphatiques. Nous dirons même qu'il est impossible cliniquement. Ce n'est que par l'examen histologique que l'on peut se prononcer.

Quand le lymphangiome est sous-cutané, il peut être confondu avec le lipome ; comme lui il présente des tumeurs rénitentes mobiles, indépendantes de la peau qui est saine, mais il est réductible. Cependant, dans le cas où le kyste est clos, le diagnostic présentera de grandes difficultés. Retenons que le lipome a une consistance plus grande et que, lorsqu'il est diffus, la peau est gaufrée à son niveau. Les tumeurs érectiles, qui augmentent de volume sous l'influence des cris, des efforts et entraînent la coloration violacée de la peau à leur niveau, ne pourront être confondues avec lui. Nous signalons la difficulté du diagnostic avec les grenouillettes, les kystes muqueux ou dermoïdes.

Dans les cas de macroglossie, la nature lymphangiomateuse est difficile à reconnaître ; une ponction exploratrice pourra trancher le diagnostic.

Pronostic

Bénin pour les lymphangiomes dermiques, il est variable quand la tumeur est profonde. Généralement bénin, il pourra devenir grave par le volume et la localisation de la tumeur. La macroglossie lymphangiomateuse augmente jusqu'à la puberté et ne peut guérir que par l'opération.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

On a surtout étudié la question du traitement pour les lymphangiomes localisés monokystiques ou caverneux, qui, se rapprochant par leurs caractères des tumeurs, sont plus susceptibles des moyens chirurgicaux, que les formes diffuses. Chipault, Wegner, Nasse, Trendelenburg sont surtout partisans de deux procédés : la ponction, suivie d'une injection irritante, et l'extirpation.

Dans les cas de Follin, Dewalz, Gosselin, la guérison a été obtenue par la ponction simple de la tumeur. Cependant Pinner, Nasse, Wegner et Trendelenburg ont fait suivre la ponction d'une injection irritante à base de teinture d'iode et de chlorure de zinc. Ce procédé semble donc pouvoir donner des résultats. Cependant il a été abandonné parce que dangereux et parfois inefficace. Sick et Kothe ont remarqué avec juste raison que l'extirpation est la méthode de choix.

Cette extirpation doit être totale, et l'on ne doit pas hésiter à enlever, en même temps que la tumeur, les tissus avoisinants. Mais l'extirpation totale devient difficile quand la tumeur siège dans certaines régions ou est d'un gros volume. Aussi a-t-on décrit un grand nombre de traitements palliatifs.

En premier lieu signalons la compression, qui d'après Wegner est sans résultats. Elle a été proposée par Leblanc pour la macroglossie et aurait donné quelques succès dans ce cas, d'après Chipault. La cautérisation ponctuée, faite avec le galvanocautère, a donné des résultats variables. Selon Müller elle est surtout indiquée dans les cas des lymphangiomes cystoïdes. Enfin comme il s'agit d'une tumeur bénigne l'opération partielle à été tentée à plusieurs reprises.

La macroglossie par sa gravité justifie l'emploi des procédés chirurgicaux. Nous signalerons l'incision en V à sommet postérieur, l'écrasement, la ligature des artères linguales qui dans le cas de Fehleisen a entraîné la guérison.

Pour les formes disséminées et diffuses la cure radicale a été proscrite par la plupart des auteurs. C'est aux moyens palliatifs qu'on a eu recours et c'est surtout la compression qui a été utilisée. L'électrolyse semble donner peu de résultats. Peut-être le radium sera-t-il employé avec succès.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue, suivie d'un examen histologique de M. le professeur Bosc)

Mlle X..., 26 ans, vient me trouver en mai 1910.

Comme antécédents héréditaires rien à signaler.

Antécédents personnels. — Née à 7 mois et demi, a eu la rougeole, la varicelle dans son jeune âge. A 12 ans la malade a eu une blessure profonde au niveau de l'articulation du genou droit, qui a laissé une large cicatrice.

A l'âge de 13 ans, la malade a aperçu, au niveau de la partie inféro-interne de la cuisse droite, quelques élevures rondes, blanchâtres, à peau amincie. Ces élevures

se répandaient et finirent par envahir toute la cuisse et la jambe droite et une partie de la jambe gauche.

Au moment de l'examen, les lésions occupent les deux cuisses, surtout la droite, et sont disséminées, quoique en quantité moindre, sur la jambe droite.

Elles se présentent sous l'aspect d'une série d'élevures dont la topographie ne suit aucun ordre anatomique apparent ni le long d'un tronc veineux, ni sur le trajet d'un nerf. Elles sont disséminées. Leur nombre dépasse plus d'une centaine. On peut les suivre à des étapes diverses de leur formation. Ce sont d'abord de petites tumeurs molles, lenticulaires, sous-dermiques, très dépressibles, sans changements de coloration à la peau. Puis on en voit à des stades progressifs de leur développement : les plus volumineuses ont les dimensions d'une moitié d'amande, à contours plutôt elliptiques que circulaires. Leur caractéristique est leur mollesse : la pression du doigt les vide instantanément, comme des logettes pleines de liquide libre. Elles sont en temps ordinaire non colorées, offrant l'aspect de petites ampoules plates soulevant la peau amincie, blanche, un peu ridée à petits plis après la réduction de la tumeur. Toutefois, quelques-unes montrent une légère teinte violacée, due à la présence d'un fin lacis veineux à leur surface. Elles ne sont pas sensiblement réductibles par l'élévation du membre, de même que la station debout ne les augmente pas notablement, ce qui témoigne de leur indépendance vis-à-vis de la grande circulation veineuse. Leur réduction sous la simple pression du doigt permet de sentir à leur place un véritable petit godet, une sorte de cupule répondant à la petite tumeur vidée. Il n'y a pas d'induration perceptible à leur niveau, pas de ganglions dans les aines.

Examen microscopique. — Examinées à un faible grossissement, les préparations montrent que vers la périphérie les espaces lymphatiques du derme sont dilatés, surtout au niveau des carrefours des trousseaux de fibres conjonctives et en particulier des espaces périvasculaires.

A mesure que l'on s'approche de la partie centrale de la préparation, les espaces augmentent en nombre et en volume et constituent des cavités, les unes allongées et ayant l'aspect assez régulier d'un vaisseau dilaté, mais la plupart sont irrégulières, à pointes multiples, en communication par des tubes irréguliers avec des cavités voisines.

Au centre et en allant vers la profondeur, ces cavités irrégulières arrivent en contact et s'ouvrent les unes dans les autres par pénétration, dissociation et réduction progressive des travées dermiques, constituant ainsi un système caverneux. Dans certains endroits il y a une formation de véritables lacs, traversés par de minces bandelettes à peine visibles. Dans une partie de ce système cavitaire, les cavités sont remplies de globules rouges, alors que d'autres dans le voisinage n'en renferment point.

Si on examine les trousseaux conjonctifs du derme, on voit que, vers la surface et sur les bords, ils sont denses et que les espaces clairs ne se marquent qu'à leur périphérie par dilatation des espaces lymphatiques normaux, devenus de plus en plus apparents.

Mais, en allant vers le centre, on constate que les trousseaux fibreux se greffent, deviennent plus clairs et comme œdémateux par dissociation de leurs fibres, par un liquide dans une partie de leur étendue. On aboutit ainsi à la dissociation et à la disparition des fibres partielles ou

totales et à la formation de cavités irrégulières, mais qui diffèrent des précédentes par leurs bords plus irréguliers et comme effilochés.

Le système cavitaire paraît donc être formé par dilatation de quelques lymphatiques normaux et aussi par dissociation œdémateuse et résorption des trousseaux fibreux, les deux systèmes de cavités entrant en large communication. La dissociation des travées fibreuses débute, en effet, au voisinage d'un espace lymphatique dilaté.

A un fort grossissement (coloration à l'hématéine-éosine, hématoxyline ferrique, éosine, safranine, picro-indigo-carmin).

Formation des cavités lymphatiques. Elles se développent aux dépens des espaces lymphatiques, en particulier aux dépens des espaces lymphatiques péri-vasculaires. L'espace lymphatique s'élargit progressivement autour du vaisseau et forme une cavité irrégulière anguleuse en rapport avec la disposition des trousseaux fibreux repoussés. Cette cavité se borde par des cellules endothéliales, volumineuses, renfermant des lymphocytes ; le vaisseau capillaire, complètement isolé du tissu conjonctif, traverse la cavité sans support.

Cette dilatation périvasculaire communique par de petits espaces lymphatiques avec d'autres espaces légèrement dilatés au niveau de carrefours des trousseaux fibreux et d'aspect étoilé ; leurs cellules endothéliales sont volumineuses et ils renferment aussi des lymphocytes.

Au voisinage des glandes sébacées les espaces lymphatiques se dilatent également, pénétrant entre les faisceaux voisins ; ils sont bordés de cellules endothéliales volumineuses, dont certaines sont polygènes en forme

de cellules étoilées et semblent destinées à venir tapisser les cavités nouvelles.

A mesure que l'on va vers la profondeur et vers le centre, les espaces se dilatent davantage et forment des cavités allongées à bords irréguliers avançant en pointes, qui communiquent avec les espaces voisins bordés de très volumineuses cellules endothéliales, les autres cylindriques en forme de vaisseaux à grosses cellules endothéliales polygènes par endroits et renfermant un liquide très finement grenu et des lymphocytes.

Il se forme ainsi un réseau périfasciculaire formé par des canaux qui s'élargissent au carrefour des faisceaux et communiquent de place en place avec de larges cavités.

Par endroits une de ces cavités allongées est traversée par un capillaire sanguin libre sur une assez grande longueur et remplie de lymphocytes.

En dehors de ces cavités bordées d'un endothélium volumineux, on constate des espaces clairs, irréguliers, qui se forment dans l'intérieur des faisceaux musculaires du derme. Ces faisceaux deviennent plus clairs sur leur plus grande partie; leurs fibres s'espacent, séparées par du liquide, puis se dissocient, se détruisent peu à peu et on a ainsi des cavités irrégulières d'abord petites, puis plus grandes et prenant à peu près toute l'étendue du faisceau. Les espaces clairs, puis les cavités interfasciculaires, débutent au niveau d'un espace lymphatique dilaté, dont le liquide pénètre et dissocie le tissu fibreux. Ces cavités intrafasciculaires sont traversées par des restes des fibres hydropiques, qui forment de minces filaments peu colorés.

Les cavités, qui forment un réseau dans le derme, se sont donc constituées d'une part par la dilatation des espaces interfasciculaires et aussi par l'œdème, la disso-

ciation et la destruction du tissu fibreux (cavités intra-fasciculaires).

Vers le centre et vers les parties supérieures le réseau est de plus en plus prononcé et les cavités volumineuses deviennent de plus en plus nombreuses avec dilatation des espaces qui les réunissent.

Les cavités s'élargissent, les faisceaux se réduisent à des cloisons ou à des moignons irréguliers par élargissement de petits canaux de communication, de sorte qu'on arrive à la constitution d'un *système caverneux typique* dont les cavités communiquent largement entre elles et sont bordées d'un endothélium hypertrophié.

Par endroits les cavités s'unissent par disparition des restes de travées fibreuses, qui sont totalement détruites ou ne persistent que sous forme de légers rubans et peuvent former de vastes lacunes. Par endroits une de ces cavités est traversée par un long capillaire dilaté, qui flotte dans son intérieur.

Ce système lacunaire devient de plus en plus marqué à mesure qu'on va vers le centre et de la surface vers la profondeur.

Si l'on examine la partie du système caverneux central dont les lacunes sont remplies de sang, on constate qu'elle est formée identiquement comme celle dépourvue de sang.

On constate, en outre, que les lacunes qui renferment du sang se continuent sans discontinuité avec le réseau péri et intra-fasciculaire voisin. Il est donc vraisemblable qu'il s'agit d'un processus hémorragique dans les cavités hémorragiques qui peut facilement s'expliquer par la mise en liberté des capillaires sanguins dans de grandes lacunes, permettant leur rupture facile.

Il s'agit donc d'un lymphangiome caverneux hémorragique.

Observation II

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Estor.—Recueillie par M. le Dr Levy)

Lymphangiome kystique

B. J., âgé de 3 ans, entre à l'Hôpital Suburbain (service de M. le professeur Estor), le 15 novembre 1910. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels on a noté quelques bronchites.

Dès la naissance de l'enfant, les parents se sont aperçus de la présence, au niveau de la face antérieure de la cuisse droite, d'une tumeur faisant une saillie irrégulière. La peau, à ce niveau, garde son aspect normal.

La néoformation ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel. Il y a environ trois mois, elle a rapidement augmenté de volume.

Actuellement, le 17 novembre 1910 : On voit à la partie antéro-interne de la cuisse une tumeur irrégulière ovoïde, dont le grand axe est parallèle à celui du membre. Elle fait une saillie très nette au-dessus du plan normal ; la peau est amincie, mais sa coloration reste normale. La surface est irrégulière, mamelonnée ; elle

est constituée par une série de demi-sphères qui se touchent et qui sont de différents volumes. A la palpation, on constate que ces tumeurs sont formées aux dépens de la peau. En effet celle-ci ne peut pas être mobilisée ni saisie. Sa consistance est homogène, molle, sans toutefois présenter de la fluctuation.

La masse totale est mobile sur les plans profonds et paraît indépendante des muscles sous-jacents. On porte le diagnostic clinique de lymphangiome de la peau.

Extirpation par une double incision en tranche d'orange. La tumeur en certains points adhère à l'aponévrose superficielle.

Examen anatomo-pathologique microscopique (pratiqué par M. le professeur Bosc). — La tumeur est formée par des tractus de tissu conjonctif surtout composé de cellules allongées à gros noyau et aussi de tractus fibreux, denses, coupés en long ou en travers.

Ces tractus fibreux allongés ou arrondis sont séparés ou dissociés par un système de canaux, les uns à bords très nets à endothélium volumineux et ressemblant à un gros vaisseau dilaté, les autres constituant un système lacunaire à cavités volumineuses traversées par de fines travées conjonctives. Par endroits les tractus fibreux sont presque totalement détruits et on a un système caverneux à grandes cavités sur un grand espace.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Estor)

Macroglossie

D. H., âgée de 2 ans.

Antécédents héréditaires.— Mère bien portante ; père bien portant, non alcoolique ; deux autres enfants, une petite fille de 5 ans et un petit garçon de 3 ans 1/2.

Un enfant est mort de broncho-pneumonie à 7 semaines.

Les trois enfants sont très bien conformés. La dernière grossesse a été normale et l'accouchement facile.

Antécédents personnels. — Dès la naissance, on s'est aperçu que la langue était plus volumineuse qu'à l'état normal et qu'elle faisait saillie entre les dents. L'enfant est restée 3 jours sans teter, puis elle a pu prendre le sein jusqu'à l'âge de 16 mois.

Etat actuel le 23 mai 1907 :

La langue remplit tellement la bouche, que les arcades dentaires supérieure et inférieure ont produit un sillon d'un demi-centimètre environ ; dans ce sillon il existe de la suppuration ; pour la nourrir on est obligé de lui faire glisser avec le doigt les matières solides

sur la face dorsale de la langue et de les pousser jusqu'à l'isthme du gosier.

Il existe un angiome sur la lèvre inférieure.

En même temps la langue est le siège de poussées inflammatoires, qui déterminent à certains moments des phénomènes d'asphyxie.

D'après les paroles de sa mère, l'enfant est venue au monde avec des circulaires autour du cou.

Opération le 23 mai 1907. — La section porte au niveau du sillon déterminé par les arcades dentaires. La langue est extrêmement faible. On essaye de placer un angiotribe au niveau du sillon, mais les tissus se déchirent.

Ils peuvent cependant supporter la pression d'une pince à forcipressure pour l'hystérectomie vaginale. La langue a été préalablement amarrée avec une pince placée à sa pointe et deux pinces placées sur ses bords en arrière du sillon. La section a été faite aux ciseaux. Au moyen de l'aiguille mousse de Reverdin on a placé un grand nombre de catguts, ayant pour but de rapprocher la muqueuse de la face supérieure de la langue de la muqueuse de la face inférieure. Le tissu musculaire de la langue, très friable, se laisse facilement traverser par l'aiguille mousse de Reverdin. Celle-ci, à plusieurs reprises, ouvre des abcès qui étaient inclus dans le parenchyme de la langue. Les tissus supportent mal la constriction des fils, ce qui est la cause de l'affrontement défectueux et de l'hémostase imparfaite. Cependant l'hémorragie n'est pas menaçante.

24 mai. — La petite malade a été atteinte de bronchopneumonie.

4 juin. — Guérison, sortie de l'hôpital. La langue a pris un volume normal.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de lymphangiome avec inflammation aiguë.

Les résultats de l'opération sont excellents ; à l'heure actuelle, c.-à.-d. trois ans après l'opération, la fillette est bien portante, il ne reste qu'une légère cicatrice sur la langue, qui ne l'empêche pas de parler.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Estor)

Lymphangiome kystique thoracique

B. Marius, âgé de 16 mois.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants. Un frère bien portant. Antécédents personnels : bonne santé habituelle. Depuis un mois et demi sa mère s'est apercue de la présence, un peu en dehors du mamelon gauche, d'une tumeur ayant les dimensions d'une petite pomme.

Etat actuel, le 30 juin 1903 :

Tumeur de dimension d'une petite pomme, située en dehors du mamelon gauche, mobile sur les plans sous-jacents, mais adhérente à la peau. A la palpation on aperçoit des nodosités non délimitées, ressemblant aux nodosités d'un lipome.

Opération le 2 juillet 1903. Anesthésie au chloroforme.

On circonscrit la tumeur par deux incisions en parenthèses, puis on dissèque la tumeur qui s'étend en dehors plus qu'on ne l'avait pensé. La plaie assez grande peut être fermée grâce à deux incisions de décharge.

Les résultats de l'opération sont inconnus, les parents ayant emmené l'enfant de l'hôpital.

Examen histologique. — La tumeur est composée de petits kystes de volume variable, depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'un grain de raisin. Ces kystes contiennent du liquide clair sous tension.

Il s'agit évidemment d'un lymphangiome sous-cutané.

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Estor)

D. M..., garçon, âgé de 2 mois et demi.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Enfant bien portant.

Etat actuel, le 6 décembre 1905. Tumeur congénitale du lobule du nez, qui avait été diagnostiquée : kyste congénital. En réalité il s'agissait d'une tumeur assez solide. Elle a été enlevée le 8 décembre 1905.

Examen et diagnostic histologiques.— Lymphangiome pur. La tumeur est formée par un stroma conjonctif, sillonné par des vaisseaux lymphatiques dilatés, s'anastomosant en certains points. Certains de ces vaisseaux ou plutôt des espaces lymphatiques sont remplis par

une agglomération des cellules endothéliales provenant de l'endothélium des vaisseaux. La tumeur contient aussi des capillaires sanguins, dont le nombre, toute proportion gardée, est anormal, mais dont la structure ne présente aucune modification.

Observation VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Estor)

P. G. âgé de 5 ans et demi. Antécédents personnels et héréditaires, rien à signaler.

Etat actuel, le 18 décembre 1909. L'enfant présente depuis sa naissance une hypertrophie considérable du prépuce. La verge mesure 7 centimètres de longueur. Sur ces 7 centimètres, 4 centimètres sont dus à l'hypertrophie préputiale. Le prépuce est enflé à son extrémité, œdémateux, presque éléphantiasique.

Diagnostic. — Lymphangiome du prépuce.

La circoncision a été faite le 18 novembre 1909.

Examen histologique. — L'hypertrophie est formée par un stroma conjonctif, sillonné de vaisseaux lymphatiques dilatés et néoformés.

Les cinq observations dues à M. le professeur Estor sont toutes relatives à des lymphangiomes localisés. Dans

les observations II, III, V et VI, la tumeur est nettement congénitale. Dans l'observation IV, la présence du lymphangiome n'a été constatée qu'à 15 mois. Dans l'observation V, les lymphatiques prédominent et sont dilatés, formant par suite de leurs anastomoses un réseau caverneux ; mais il y a aussi quelques capillaires sanguins, dont le nombre, toute proportion gardée, est considérablement accrue. Dans les autres cas il s'agit de lymphangiomes purs. L'extirpation de la tumeur a toujours conduit à la guérison. L'observation I, relative à un lymphangiome diffus, caverneux et hémorragique, est surtout intéressante. Nous insistons sur certains points de cette observation : l'âge de l'apparition de la lésion, l'absence de toute explication pathogénique, le grand nombre de plaques et leur dispersion. Elles ne présentent aucune localisation qui corresponde aux trajets vasculaires ou nerveux. Leur nature est nettement déterminée par l'examen histologique.

CONCLUSIONS

I.— Le lymphangiome peut être circonscrit ou diffus. Circonscrit, il présente comme siège de prédilection la langue (macroglossie), le cou, les lèvres, le prépuce. Diffus, les lésions dispersées sur une grande étendue siègent surtout au membre inférieur.

Le lymphangiome peut être simple, caverneux ou kystique.

Dans les lymphangiomes simples on trouve, en plus des vaisseaux lymphatiques dilatés et ampullaires, des vaisseaux néoformés ; mais tous ces vaisseaux ont gardé leur individualité.

Dans les lymphangiomes caverneux on trouve des cavernes multiloculaires formées par les vaisseaux qui ont perdu leur individualité et se sont fusionnés.

Le lymphangiome kystique diffère des caverneux, surtout macroscopiquement. Suivant sa situation, le lymphangiome peut être cutané, sous-cutané, sous-aponévrotique.

II. — Les lymphangiomes cutanés, les plus fréquents, siègent au membre inférieur. La forme disséminée pré-

sente des vésicules rosées, transparentes, légèrement saillantes, s'effaçant par la pression. Le plus souvent ces vésicules se vident lorsqu'on élève le membre inférieur. Dans certains cas, les vésicules de dilatation des cavernes peuvent s'isoler.

Le diagnostic n'est possible, cliniquement, que dans le cas de lymphangiome circonscrit; *il faut toujours avoir recours à l'examen histologique de la lésion.*

L'évolution est lente et progressive avec parfois des temps d'arrêt.

Le pronostic est bénin sauf complications dont la plus grave est l'infection.

III. — Le traitement de choix est l'extirpation pour les lymphangiomes circonscrits. Pour les formes diffuses nous signalerons la compression et l'électrolyse qui ont donné peu de résultats.

IV. — L'étiologie et la pathogénie de ces tumeurs sont encore mal connues.

BIBLIOGRAPHIE

Anger. — Thèse de Paris, 1867.

Archiv von Langebeck, Bd XII, s. 846.

Bakin (M-.P.). — Cystoid lymphangiomata (Russk. chir. arch. St-Petersbourg, 1906, XII, 165-172.

Balas (D.). — Congenital lymphangioma covering one half of the skyll. (Orvosi hetil. Budapest 1909).

Baraban. — Lymphangiomes et kystes séreux congénitaux. (Archives de médecine exp., 1889).

Borst. — Die Lehre von den Geschwülssen, 1902 (Verhandl. der med. physik. Gesellschaft *in* Würsburg, Bd 34. Neue Folge).

Bossard. — Inaug. Diss. Zürich, 1900.

Bricheff. — Lymphagioma superficiale ; angioma cavernosum (Russk. J. Korhn i Ven Boliern. Karkov, 1909, XVIII, 253).

Chipault. — Note sur deux cas de lymphangiome (*In* France méd., 1888).

— Revue dans la Gazette des hôpitaux, 1888.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique.

Cutan (J.). — Lymphangioma circumscriptum (Dis. incl. Lymph. N. Y., 1906, XXII, 493-501).

— A case of lymphangioma circumscriptum (Dis. incl. Lymph. N. Y., 1905, XXII, 177).

Dahl. — Report of a case of multiple cystic. lymphangioma in connectum iarth the peritoneum and erscera (Illinoss M. J. Sprenfield, 1903-4, nº 5, 790-792).

Fetzer. — Archiv für Physiol. Heilkunde, 1849.

Gebhard. — Patholog. Anatomie der weibl. Sexualorgane, 1899.

Georgjevick. — Ueber Lymphangioma (*in* Arch. für klin. Chir· Bd XII).

Grouven. — Lymphangioma circumscriptum cysticum cutis (Deutsche med. Wochenschr. Leip. und Berlin, 1906, XXXII, 1805.)

Kothe. — Beitrag sur Kenntnis der Lymphangiome (speziell der Macromelie) mit bezonderer Berucksichtigung ihrer Pathogenese (Virchow's Arch. f. path. Anat., 1904, XXVI, 535-554, 1 pl.).

Kleb. — Lehrbuch der pathol. Anatomie, Bd I, S. 462.

Lancereaux. — Anatomie pathologique.

Lannelongue. — Traité des kystes congénitaux.

Le Dentu. — Lymphangiome congénital (Soc. de Chir., 1897).

Lediard. — Lymphagioma (Edinb. M. J., 1908, N. S. i, 207-211, 1 pl).

Leopold. — Archiv für Gynäkologie, Bd 6 Lymphgefälle des normalen Uterus).

Lucke. — Handbuch der allgemein und spec. Chir., t. II.

Mac Callum. — Die Beziehung der Lymphgefälle zum Bindegewebe (Archiv für Anatomie u. Physiologie. Anat. Abt. 1902).

M. et S. J. — Lymphangioma circumscriptum. Boston 1905.

Middeldorf. — Archiv von Langebeck, 1880.

Muller. — Zur Casuistic der Lymph. (*In* Arch. für klin. Chir. Tubingen, 1883-1884).

Nagel. — Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane.

Nasse. — Archiv von Langebeck, 1889.

Nepveu. — Archives de médecine, 1872, t. II.

Oberndorfer. — Ziegler Beitrage, Bd 29.

Orth. —Lehrbuch der pathol. Anatomie, Bd 2.

Pilliet et Peraire. — Lymphangiome monokystique de l'aisselle (Soc. anat., 1898).

Pinner. — Centralblatt für Chir., 1880.

Poirier. — Progrès méd., 1890 (cit nach Centralblatt f. Gynäkologie).

Ricke. — Lymphangioma circonscriptum cystikum (München-Wchnschr., 1906, LIII, 2324).

Roughton.— Lymphangioma of face (Proc. Roy. Soc. Med. Lond., 1907-1908).

Rosenthal. — Zur Diagnose und Operationen der intra-abdominellen Lymphangiome (Zentralbl. f. Gynäk. Leipz., 1908, XXXII, 731-736).

Rheindorf. — Lymphangioma cavernosum congenitum (Arb. a. d. path. Inst. zu Berl. Feier Johannes Orth. Berlin, 1906, 229-234).

Sick. — Ueber Lymphangiome (Virchow's Archiv für pathologischen Anatomie. Berlin, 1903, cl. XXII, 445-467, 1 pl.).

Stilling. — Progrès méd., 1887, Bd 109 (Zur Anat. d. Nebennieren).

Trendelenburg. — Verletrungen und chirurg. Krankheiten des Gesichts.

Virchow's Archiv, 1854.

Virchow. — Geschwülste. Bd 3, S. 91-92.

Wegner. — Arch. von Langebeck, 1869.

— Ueber Lymphangiome. Arch. für klin. Chir., t. XX, 1877.

White. — A case of lymphangioma circumscriptum (J. Cutan Dis. incl. syph. N. Y. 1903, XXI, 184-186, 2 pl.).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 mars 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 mars 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!